

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 7 mars 1838,

Par A.-F.-A. STIÊVENART, de Curgies
(Nord).

> Ex quocumque nimio ejus humoris fluxu, macies, verusque marasmus secutus est.
>
> (HALLER, *Elem. physiologiæ.*)

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	....
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Président. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD, Examinateur.
GUILLOT.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD, Examinateur.
REQUIN.
ROBERT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

Amitié et reconnaissance.

A.-F.-A. STIÈVENART.

ESSAI

SUR

L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

DE LA SALIVE.

CHAPITRE I[er].

Il n'est pas plus indifférent, je pense, pour le praticien le plus expérimenté que pour l'élève le moins habile, d'avoir dans certains cas, pour ainsi dire sous la main, un moyen à l'aide duquel il pourra distinguer d'une manière à la fois facile et positive certaines maladies qu'il aurait pu confondre avec d'autres lésions, qui trop souvent affligent malheureusement l'humanité. Loin de moi la folle et ambitieuse prétention de me produire ici comme l'inventeur d'une aussi heureuse découverte..... Il faut rendre à chacun ce qui lui est dû..... et si j'ai choisi ce sujet plutôt qu'un autre, c'est que *sub judice lis est....* Aussi vais-je tâcher d'exposer, le plus clairement possible, les idées à la fois si opposées et si incompréhensibles qui ont trait à cette question..... Tout médecin consciencieux s'efforce chaque jour de soulever un coin du voile qui cache à nos yeux les phénomènes si complexes de la nature, il cherche à faire entrer les sciences médicales dans la route de l'exactitude et du positivisme; certes, on doit des éloges à un aussi noble dévouement, mais que de questions ne restent pas encore plongées dans de profondes ténèbres! que de faits expliqués seulement par des hypothèses sans doute bien ingénieuses, et que des

observations nouvelles viendront peut-être un jour éclaircir! En attendant, nous sommes forcés de subir le joug si lent et si difficile de la nature pathologique, heureux que nous sommes de découvrir un phénomène physique qui vienne rassurer nos prévisions et corroborer sûrement nos moyens d'investigation!!

Quelques personnes s'aviseront peut-être de nous adresser le reproche, peu fondé, de rétrograder vers les opinions surannées et le plus souvent spéculatives de l'ancien humorisme; nous nous hâtons de répondre que nous rejetons la plus grande partie des maximes de ce système médical, et que nous ne marcherons qu'appuyé par des faits nombreux et qui auront plus d'une fois passé par le creuset de l'expérience. Nous ajouterons que si l'anatomie pathologique des solides a fait, dans ces derniers temps, marcher la médecine à pas de géant, un titre non moins glorieux est peut-être réservé à l'anatomie pathologique des liquides.

De l'état physiologique de la salive.

Beaucoup d'auteurs très-distingués, et dont l'autorité devrait me faire regarder comme téméraire la tache difficile que j'entreprends ici, ont parlé fort longuement des propriétés de la salive, mais peu sont d'accord sur cette question, et comme l'autorité des faits bien détaillés doit avoir une prééminence marquée sur celle des noms, j'ai cru qu'il n'était pas inutile de répéter les expériences tentées ultérieurement à ce sujet, de les soumettre à la plus scrupuleuse observation, de réunir, pour ainsi dire, tous les faits en un seul faisceau, et de les faire, autant qu'il me sera possible, briller de tout l'éclat de la vérité.

On trouve dans un Mémoire de Duverney, cité en 1687 dans l'*Histoire de l'Académie des sciences*, que : la salive des jeunes gens n'a pas rougi le tournesol, celle des personnes âgées l'a rougi, celle des personnes scorbutiques l'a rougi beaucoup plus fort. En 1735, Viridet publia son *Traité du bon chyle*. Nous devons dire qu'au milieu de l'attirail des esprits animaux et des idées si erronées de l'ancien

humorisme, on trouve quelques vérités que la perfection de nos recherches est venue appuyer d'une authentique approbation. Viridet, tout imprégné des idées si fausses de son siècle, écrivit que la salive était acide, quoiqu'on ne l'eût jamais physiquement démontré, si ce n'est chez *des personnes âgées ou mal constituées.* Du reste, il a le soin de l'avouer lui-même : « On objectera, dit-il, qu'on n'aperçoit pas que « la salive soit acide quand on se porte très-bien, cela est vrai, *mais « cela dépend de la délicatesse des acides* et de leur petite quantité. » Il ajoute encore que, par l'analyse du feu, on ne tire que des sels alcalins. On voit par ces courts passages, que Viridet examina la question avec des idées préconçues, et que, loin d'observer la nature, il se laissa guider par des idées purement systématiques. Pour Schurig, la salive est tantôt salée, tantôt acide, et tantôt neutre. Nous arrivons maintenant au célèbre Haller : « Dans un homme sain, dit-il, ne faisant point « abus de vin, la salive ne présente aucune aigreur notable et ne rougit « pas le suc de l'héliotrope ; ceux qui prétendent l'avoir trouvée acide « ont été induits en erreur ou par l'usage du vin, ou par quelque « vapeur de l'estomac mêlée à ce fluide, ou enfin par quelque état « morbide, car j'ai répété l'expérience des centaines de fois..... Je ne « crois pas qu'elle soit alcaline chez les individus sains, et, quoique je « ne le nie pas, je ne l'ai pas vue se putréfier par l'usage du mercure « et donner des signes d'alcalinité. » Siébold soutient à peu près la même opinion. Dans ses expériences sur la digestion, Spallanzani avait remarqué que la salive ne caillait pas le lait.

Je m'empresse d'analyser les opinions des auteurs modernes. M. Mitscherlich, qui a eu occasion de faire des observations sur la salive, dit que celle qui est contenue dans la bouche est la plupart du temps neutre, très-souvent douce, d'une légère acidité, et plus rarement alcaline ; celle qui découlait de la fistule parotidienne est acide dans l'état ordinaire, et alcaline aussitôt que le malade venait à manger ; L. de Buch a remarqué que sa salive exercait une réaction faible, acide. M. Magendie a adopté l'opinion émise par M. Mitscherlich.

MM. Tiedmann et Gmélin rapportent, dans leurs *Recherches sur la*

digestion : « La salive de la plupart des personnes que nous expérimen-
« tâmes colorait faiblement en bleu la teinture rougie ; chez d'autres
« elle était neutre : *jamais la salive d'un sujet sain ne se comporta comme*
« *un acide.* » M. Schultz, professeur à Berlin, publia en 1835, dans les *Annales de Hecker*, un Mémoire dans lequel il soutient que la salive est *constamment* alcaline chez la plupart des hommes, neutre le matin chez quelques-uns, et *habituellement acide chez quelques autres.* Dans ces derniers temps, M. Donné a soutenu l'opinion émise par MM. Tiedmann et Gmelin. Il ajoute qu'après un très-grand nombre d'essais sur les propriétés de la salive chez l'homme et chez plusieurs animaux dans toutes les circonstances qu'il a pu rencontrer, il en est résulté qu'elle est constamment alcaline à un degré prononcé avant, pendant et dans l'intervalle des repas, toutes les fois que les fonctions de l'estomac se font régulièrement.

On le voit, le fait scientifique est loin d'être parfaitement éclairci. Des deux côtés, on trouve des autorités imposantes..... à quoi peut tenir cette divergence ? Je ne le sais ; mais ceux qui ont observé l'acidité de la salive ont-ils tenu un compte bien exact de la bonne constitution des individus ? puis ne peut-il pas se trouver ici comme partout quelques rares exceptions ? Quant à moi, depuis un an que j'examine avec soin l'état de ma salive, je l'ai toujours trouvée d'une alcalescence tantôt assez prononcée, tantôt assez légère. Voulant baser ma conviction sur une grande quantité de faits, je soumis aux mêmes expériences un grand nombre de personnes, et toujours j'obtins les mêmes résultats. Il m'arriva plusieurs fois de rencontrer la salive assez fortement acide ; alors je remarquai les symptômes qui s'observent dans les phlegmasies du tube digestif ; je reconnus facilement la cause de cette acidité, dont je parlerai plus tard. On trouvera peut-être que je me suis trop appesanti pour démontrer la non-acidité de la salive ; je répondrai que cela était tout à fait indispensable, puisque c'est le pivot sur lequel roule toute la question, puisque ce caractère est le point capital sur lequel tant de monde se plaît encore à imprimer le cachet si flétrissant du doute et de l'ignorance !!

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer qu'il faut avoir soin de ne pas faire ses observations à la lumière artificielle; car si l'on ne prend pas cette précaution, le papier paraîtra toujours rouge. Il était utile de mentionner ici cette cause d'erreur si manifeste, et pourtant je ne doute pas que plusieurs observateurs n'en aient été les innocentes victimes.

État physique. — Liquide incolore, inodore, transparent, laissant apercevoir quelques flocons blancs, d'une consistance à peu près semblable à du blanc d'œuf, ne se mélangeant pas facilement avec l'eau, d'une pesanteur spécifique de 1,0043 à 1,0061, à la température de 12° centigr. Examiné au microscope, on y découvre de petits globules aperçus par Leuwenhoeck, niés par Treviranus, et vus par MM. Tiedmann Gmelin La salive, mise sous le récipient de la machine pneumatique, laisse dégager une grande quantité d'air, et se gonfle beaucoup. Exposée à l'air libre, elle se trouble, dépose des flocons, et ne tarde pas à subir la putréfaction, et répand alors une odeur qui est purement ammoniacale, mais qui ne tarde pas à devenir très-fétide.

Caractères chimiques. — Nous avons surabondamment prouvé l'état alcalescent de la salive ; aussi n'y reviendrons-nous plus ici: nous allons seulement énumérer sommairement les diverses réactions qu'offre ce liquide lorsqu'il est mis en contact avec différents produits chimiques. — *Acide nitrique.* Aucune réaction chimique apparente; seulement la liqueur se colore légèrement en blanc-roussâtre. On observe de plus une pellicule blanche, transparente, et qui se sépare facilement de la partie liquide par l'abaissement du vase. — *Nitrate d'argent.* Précipité blanc, assez abondant, caillebоté, etc. (chlorure d'argent).—*Perchlorure de fer.* Teinte d'un beau rouge-pourpre, ce qui indique la présence du sulfocyanure de potassium, comme l'ont annoncé MM. Gmelin et Mitscherlich. M. Schultz a prétendu que ce phénomène pourrait bien dépendre des acétates qui se trouvent dans la salive; mais M. Gmelin

a répondu qu'ils n'y étaient pas en assez grande abondance pour produire ce phénomène; de plus, il y a un dépôt assez abondant de mucus albumineux.—*Proto-sulfate de fer.* Il donne à la salive une teinte rose-violette. — *Chlore.* Il fait naître des flocons mucoso-albumineux. M. Schultz, d'après Fourcroy, a prétendu qu'il y avait de l'ammoniaque dans la salive : « Aussi, disait-il, si l'on approche de ce produit de sécrétion un bouchon chargé d'acide chlorhydrique, on voit se produire des vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque. » Cette opinion est généralement rejetée; et si l'on répète l'expérience indiquée par le savant que nous venons de citer, on n'obtient pas les résultats qu'il avait annoncés.

Suivant Berzélius, la salive se compose de : eau, 992,9; ptyaline, 2,9; mucus, 1,4; osmazone, 0,9; chlorure sodique, 1,7; soude, 0,2. Selon M. Guibourt, il existe de l'albumine combinée avec du mucus soluble. J'ai recueilli plusieurs fois du mucus albumineux, et toujours j'obtins une légère teinte verdâtre par son mélange avec l'acide chlorhydrique.

Usages internes de la salive. — Quelle est la quantité de salive qui s'écoule pendant vingt-quatre heures des conduits salivaires ? C'est une question fort délicate; car il ne s'agit pas seulement de faire une estimation même approximative, mais il faut encore apprécier l'influence si diverse des causes qui agissent sur ces organes. Et tout d'abord, qui serait assez hardi pour oser soutenir que la sécrétion salivaire se fait chez tous les individus avec la même abondance ? Puis il resterait maintenant à examiner l'action directe, les mets plus ou moins épicés, la phonation, la mastication, etc.; il faudrait aussi prendre en grande considération les diverses idiosyncrasies. Ces raisons suffiront, je pense, pour faire regarder comme trop restreints les calculs approximatifs auxquels se sont livrés quelques auteurs, d'ailleurs fort recommandables. C'est afin de ne rien omettre que nous allons parler ici des résultats, qui ne sont pour nous que purement problématiques. Haller dit que Nuck porte à 12 onces la quantité de salive sécrétée pendant vingt-quatre heures. Siebold a adopté cette estimation. M. Mitscherlich a

recueilli pendant vingt-quatre heures, d'une fistule du canal de Sténon, de 65 à 95 grammes de salive. M. Donné a fait sur lui-même quelques expériences à l'aide desquelles il a pu conclure que, terme moyen, la sécrétion de la salive pendant vingt-quatre heures pouvait être de 390 grammes. J'ai tenté quelques essais pour voir combien il faudrait d'acide hydrochlorique pour neutraliser deux onces de salive : j'ai toujours vu qu'une seule goutte suffisait.

Tous les physiologistes ont parlé de l'utilité de la salive dans la mastication et la déglutition. A peine les aliments sont-ils introduits dans la bouche, que l'on voit sur-le-champ comme une espèce de ruisseau jaillir par les conduits des glandes salivaires, phénomène que l'on explique, et par l'excitation déterminée par les aliments, et par les mouvements masticateurs. Après que le broiement des aliments s'est opéré, après qu'ils ont été abondamment pénétrés par ce fluide, ils ne forment plus qu'une masse visqueuse qui se réunit sur la base de la langue, et devient très-facile à avaler. On ne peut pas non plus nier son action dissolvante. En effet, les expériences de Réaumur et de Spallanzani ont démontré que les digestions artificielles se faisaient beaucoup plus facilement, si les aliments étaient imbibés de salive au lieu d'eau pure. Suivant MM. Tiedmann et Gmelin, elle contribue aussi à l'assimilation des aliments, et leur communique la propriété de s'animaliser plus promptement. Ce raisonnement s'appuie sur l'organisation des glandes salivaires des herbivores. Nous ne devons pas oublier de mentionner ici en passant qu'elle a encore des usages dans la gustation et la phonation. Ici se bornent toutes les réflexions qu'ont faites la plus grande partie des physiologistes sur les usages de la salive ; pourtant il restait encore à examiner l'influence que ce fluide devait exercer dans l'estomac. Malgré tous les faits rapportés par les auteurs anciens, sur les inconvénients pour la santé, d'une perte trop considérable de la salive, malgré la remarque si intéressante de Réaumur et de Spallanzani, remarque que nous avons citée plus haut, et qui certes devait mettre sur la voie de ce fait curieux, ce n'est que dans ces derniers temps que plusieurs physiologistes ont éveillé sur ce sujet l'attention du monde savant. Mais

pour exposer méthodiquement cette question, il est important de faire connaître les diverses opinions des auteurs sur la composition chimique du suc gastrique.

Quoi qu'en disent MM. Tiedmann et Gmelin, il y eut plusieurs auteurs anciens qui avaient parfaitement reconnu l'acidité du suc gastrique. Viridet, que nous avons déjà cité, dit : « Pour prouver qu'il y a des « acides dans l'estomac, nous nous servirons de la teinture de tournesol, « qui rougit plus considérablement dans le suc stomacal que *dans la* « *salive*, comme on le voit surtout aux volatiles qui ont des glandes en « la partie supérieure de l'estomac, aux pourceaux, etc. J'ai fait de « nombreuses expériences sur des coqs et des lapins, etc., et toujours « le tournesol a été fortement rougi ; d'où nous concluons : 1° que les « acides sont les principaux dissolvants des aliments ; 2° que ce ne sont « pas des alcalis volatils, contre le sentiment de tant d'habiles gens. » Il ajoute comme preuve ce qui arrive aux nouveaux-nés, qui rejettent quelquefois du lait caillé, ce qui ne peut être produit que par l'action d'un acide. Il cite plusieurs exemples de personnes qui avaient avalé des couteaux, et qui sortaient tout rongés.

Spallanzani remarqua que si l'on mettait du lait en contact avec du chyme tiré hors du duodénum d'un poulet, le lait doit être caillé par la partie du suc gastrique mêlée avec les aliments. Il répéta plusieurs fois cette expérience avec les mêmes résultats. Il ajoute qu'il introduisit dans l'estomac de quelques gallinacées des pierres calcaires, et que les ayant tuées quelques jours après, il trouva les cailloux corrodés. Il soumit du suc gastrique à l'analyse chimique, et il conclut que le suc gastrique était neutre. « Cependant, dit-il, comment concevoir avec « quelle facilité le suc gastrique caille le lait ? il faut que ce soit l'effet « d'un acide enveloppé dans ce suc. »

On voit que Viridet avait clairement démontré l'existence d'un acide dans l'estomac, et que si Spallanzani a conclu que le suc était neutre, cela tenait à l'imperfection de l'analyse chimique de cette époque, et que malgré cette contradiction avec les faits, son talent si supérieur

d'observation, avait jeté dans son esprit des doutes qui devaient affaiblir l'autorité d'une expérience aussi défectueuse.

Haller a trouvé le suc gastrique alcalescent; M. Thénard n'a trouvé aucune trace d'acide libre dans celui que M. Pinel fils rendait à jeun; Montègre a remarqué que le sien était neutre. MM. Tiedmann et Gmelin disent qu'il est évidemment acide, et qu'il résulte de toutes les expériences faites sur la digestion des aliments, dans l'estomac que cette digestion consiste en une dissolution par le suc gastrique. Ces derniers auteurs, d'accord avec Prout, chimiste anglais, ont démontré l'existence de l'acide chlorhydrique. MM. Leuvet et Lassaigne y ont seulement reconnu de l'acide lactique de Berzélius. M. Braconnot a publié dans les *Annales de chimie et de physique*, 1835, une analyse que nous devons mentionner ici : 1° acide hydrochlorique en quantité remarquable; 2° hydrochlorate d'ammoniaque; 3° chlorure de sodium en assez grande quantité; 4° chlorure de calcium; 5° chlorure de fer; 6° chlorure de potassium très-tracée; 7° chlorure de magnésium; 8° huile incolore d'une saveur âcre; 9° matière animale soluble dans l'eau et dans l'alcool, en quantité assez considérable; 10° matière animale soluble dans les acides affaiblis; 11° matière animale, soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool (matière salivaire Gmelin); 12° mucus; 13° phosphate de chaux. On appréciera facilement que la quantité d'acide sécrété doit, varier selon une foule de circonstances, ou excitantes ou pathologiques.

Maintenant que nous connaissons la composition de ce produit de sécrétion, nous sommes surpris de voir des auteurs très-distingués ne pas reconnaître l'acidité de ce suc. Il est en effet fort étonnant que toutes les savantes dissertations qui ont été publiées à ce sujet, n'aient pas jeté plus de jour sur cette question, et ce n'est, comme nous l'avons dit, que dans ces derniers temps que l'on a pu donner une explication claire et positive d'un fait en apparence si contradictoire. Ainsi M. Schultz a prouvé de la manière la plus péremptoire, par des observations faites sur des chiens, chevaux et grenouilles, que le suc gastrique est alcalin à jeun. Mais cette alcalescence, dit-il, ne

provient que de la combinaison de la salive avec le suc gastrique. M. Donné a voulu revendiquer l'honneur de la découverte de cette explication. Je ne sais s'il connaissait les opinions émises par le professeur de Berlin; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que celui-ci a évidemment le mérite de la priorité.

Usages externes de la salive. — C'est afin de ne laisser aucune lacune dans mon sujet que je mentionne ici les usages externes de ce fluide. Aussi ne m'amuserai-je point à énumérer tous les mémoires brodés avec tant de complaisance par les auteurs anciens sur les propriétés merveilleuses du fluide salivaire. Seulement je dirai que des auteurs fort recommandables, rapportent qu'ils ont beaucoup amélioré par son emploi des ulcères qui paraissaient résister à tous les moyens de la thérapeutique. Je pense que M. Richerand a publié dans sa *Nosographie chirurgicale* un cas d'ulcère fort opiniâtre, qui s'amenda tellement sous l'influence du contact seul de la salive, qu'on dût rapporter à ce fluide tous les avantages d'une parfaite guérison. Du reste on voit les chiens lécher à tous moments leurs blessures, et se guérir beaucoup plus vite. Cette observation n'avait pas échappé à Haller. Ici se termine le premier chapitre de ma dissertation, il ne me reste plus qu'à exposer brièvement les conclusions qu'on pourrait tirer de tous les faits cités ci-dessus : 1° la salive est plus ou moins alcaline à l'état normal ; 2° le suc gastrique est évidemment acide; 3° quand les physiologistes l'ont trouvé alcalin, c'est que son action acide avait été neutralisée par une plus ou moins grande quantité de fluide salivaire; 4° la salive, en se combinant avec le suc gastrique, doit jouer un grand rôle dans l'acte important de la digestion; mais jusqu'à ce jour, les chimistes les plus distingués avouent leur ignorance à ce sujet.

CHAPITRE II.

DE L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DE LA SALIVE.

Je ne prétends pas, dans cette seconde partie de ma thèse, analyser tous les cas dans lesquels les caractères de la salive n'auront pas une similitude parfaite avec l'état normal, mais je veux seulement constater quelles sont les maladies qui exercent sur sa composition chimique une influence nuisible à l'économie, et en déduire de strictes conséquences tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Les phlegmasies du tube digestif ont une action directe sur le fluide salivaire ; c'est un fait qu'on a constaté depuis longtemps, quoiqu'on ait prétendu que c'était une nouvelle découverte. Ne voulant pas laisser supposer que j'appuie seulement sur une futile contestation les idées que je viens d'émettre, il est nécessaire de faire ici un court exposé des titres des auteurs qui ont écrit sur cette question. Viridet rapporte que la salive devient aigre dans certaines *fièvres* et maladies de l'estomac. On voit que déjà à cette époque où les sciences chimiques étaient encore dans l'enfance, on avait pourtant constaté un fait qui, quoique vrai, est loin d'être encore généralisé dans le monde médical. M. Clerc dit « que quelquefois la salive offre une saveur acide, amère, comme de la suie salée, douceâtre, ce qui indique un état maladif de la bouche, de l'estomac, du canal intestinal, etc., etc. » M. Ribes, à l'article SALIVE, du *Dictionnaire des sciences médicales*, n'est pas moins explicite, et il ajoute qu'en général toutes les personnes menacées de *fièvres* ou de quelque maladie de viscères, en sont averties par l'altération de leur salive, etc. D'autres auteurs anciens en avaient aussi parlé. Ce fait, qui, comme on le voit, était pour ainsi dire perdu pour la science, fut réhabilité dans ces derniers temps par M. Donné, et déjà toutes les sommités scientifiques en ont reconnu toute la précieuse importance. En effet, quand on parcourt les ouvrages les plus modernes qui ont trait à la symptomatologie des maladies du tube digestif, on lit que les

auteurs les plus expérimentés font entrevoir qu'il faut quelquefois se soumettre aux lois du doute et de l'hésitation. J'ai vu plus d'une fois des médecins fort habiles ne pas oser se prononcer sur des cas dont le traitement éclairait le diagnostic. On concevra facilement toute la témérité qu'il y aurait d'administrer un traitement intempestif, et qui pourrait être funeste à la santé du malade, et même quelquefois causer sa mort. Que d'erreurs n'a-t-on pas commises, et ne commet-on pas tous les jours à ce sujet! Je suis vraiment fâché de ne pouvoir citer ici les réflexions si prudentes que cette partie de la science a inspirées à M. le professeur Andral, parce que le cadre de mon travail m'en empêche, renvoyant à son *Traité de clinique médicale* ceux qui voudront lire les intéressantes discussions auxquelles il s'est livré avec tant de réserve et de sagesse.

Comme l'opinion que nous soutenons ici est loin d'être admise par tout le monde, il est indispensable de rapporter les faits sur lesquels nous avons étayé notre manière de voir. Je diviserai les observations en deux catégories, 1° celles des individus morts; 2° celles des individus guéris.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Ire OBSERVATION.

Le 20 décembre 1836 est entré un homme âgé de vingt ans, étudiant en médecine, constitution de force moyenne, habitant Paris depuis quelques mois. Il raconte que depuis son arrivée il a éprouvé simultanément de la diarrhée et de la constipation. Malgré cet état maladif, il ne s'est alité que depuis huit jours, puis il s'est décidé à se faire transporter à l'hôpital. Il a été vu par un médecin qui a prescrit une saignée de 2 pal. et demie; puis il a bu des tisanes émollientes. Aujourd'hui il ne se trouve pas mieux, il a passé une fort mauvaise nuit. Le visage est pâle, lèvres sèches, langue rouge à la pointe et recouverte d'une couche caséiforme, soif, inappétence, bouche mauvaise. *Salive légère avec teinte rosée.* Haleine fade, nausées, ventre générale-

ment tendu au-dessus de l'ombilic, point d'éruptions, point de gargouillement. Pouls, 72, peu développé, sans redoublement. Crachats muqueux et albumineux. La respiration paraît libre. Résonnance bonne en avant et en arrière. Inférieurement et en arrière du côté gauche, on entend un peu de sifflement; à droite la respiration est assez parfaite. La tête ne lui fait plus mal, mais il éprouve des tournoiements lorsqu'il se lève, urines rouges (prescrip. : appl. de vent. sur la région épigastrique, 3 pal. émoll., diète, lavement avec huile d'amandes douces, ℥ ij).

Le 21 décembre. Le malade ne ressent plus aucune douleur dans le ventre, qui est moins tendu et tout à fait assoupli. Chaleur de la peau moins forte et moins d'aridité, langue recouverte d'une couche caséiforme, soif vive, inappétence; pouls, 92; *salive très-acide*, plus de céphalalgie (émol,, lav., diète).

Le 22 *id. Salive moins acide qu'hier.* Sommeil assez calme, ventre souple, chaleur modérée; pouls, 72. (*Idem*).

Le 23, Langue moins rouge, plus humide; *salive ne donnant plus qu'une légère teinte lilas.* Sommeil paisible, plus de céphalalgie, pouls, 76. (*Idem*).

Le 24. Il va bien. Il n'éprouve plus aucune douleur, *salive non acide.* Pouls, 76. (*Idem*).

Le 26 *idem.* Convalescence; pouls, 72; chaleur normale de la peau (2 tasses de bouillon, une pomme cuite, émoll.).

Il va très-bien jusqu'au 7 janvier 1837, et l'on avait prescrit progressivement la demi-portion. A la visite on trouve la peau chaude, pouls 108-112, tympanite légère (émoll. diète). On apprend que des amis sont venus lui rendre visite et lui ont apporté du poulet et du chocolat, dont il a beaucoup mangé.

Le 9 janvier. Un peu de dévoiement, ventre tendu et douloureux à la pression, pouls 96 (*id.*).

Le 10. Il existe encore un peu de gargouillement, ventre métiorisé, soif, peau chaude et sèche, céphalalgie frontale (eau de Seltz mêlée

avec sa tisane, vésicatoire au mollet, compresses imbibées d'eau vinaigrée sur le front, diète).

Le 11. Délire, pas de dévoiement, pouls, 118 redoublé, yeux rouges et injectés, langue sèche, rouge à la pointe, ventre ballonné, taches lenticulaires, *salive acide,* haleine fade et fétide, soif vive (*id.*).

Le 13. Langue et dents fuligineuses, délire continu, *salive acide*, pétéchies couvrant le ventre qui est saillant, peau chaude et sèche (fomenta. chlorurées, lavem. avec musc, gr. V, diète).

Le 14. Pouls 104 à 108, ventre moins ballonné, mais douloureux à la pression dans la région iléo-cœcale, il urine sous lui, *salive acide.*

Le 16. Pouls 108 à 112 redoublé, ventre météorisé, vomisssements, langue moins sèche (tisanes émoll. avec chlorure, Gttes XV et sulfate de quinine gr. iij).

Le 17. Mort. On procède à l'autopsie vingt-quatre après; on trouve les ganglions mésentériques tuméfiés, la rate plus grosse d'un bon tiers, brune et molle; poumons sains avec un peu de congestion hypostatique; le poumon droit est un peu splenisé, le cœur est un peu gros, caillots énormes dans les ventricules; le foie est gros et un peu ramolli. On trouve dans l'intestin un ver lombric assez long. La membrane muqueuse de l'estomac est un peu molle. On remarque dans l'intestin grêle quelques petites plaques ulcérées avec un peu d'injection et quelques follicules isolés. Tout cela se remarque principalement au commencement de l'iléon. Plus loin on voit des plaques ulcérées au centre et épaissies sur ses bords. Toutes les plaques sont ramollies et la membrane muqueuse environnante est injectée. Plus avant on remarque une éruption ayant assez de ressemblance avec celle de la petite vérole. On note en outre des plaques épaissies, décolorées, ulcérées et étendues dans l'espace de quatre à cinq pieds. Plus on approche de la valvule, plus l'éruption est considérable. La valvule est presque saine, seulement la muqueuse est un peu ramollie. On remarque des adhérences entre la dure-mère et les os; on peut voir à la partie antérieure du cerveau une belle injection pour un sujet anémique. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne vers les parties postérieures;

consistance ferme et abondamment pointillée. La substance grise est colorée en lilas rosé.

— IIe OBSERVATION.

Le 4 décembre 1837 est entré un jeune homme (nº 2) âgé de vingt-deux ans, constitution forte, châtain, habitant Paris depuis deux ans, habituellement bien portant, et malade depuis huit jours. Il a dû s'aliter, et il a éprouvé de la céphalalgie, de la lassitude, de la faiblesse des étourdissements et du dévoiement. Il a pris un vomitif vers le troisième jour, et des boissons délayantes avec du miel; de plus du bouillon de bœuf, du lait, du vin chaud et froid; voyant que sa maladie allait en augmentant, il s'est fait transporter à l'hôpital.

État actuel. — Abattement, tête lourde, réponses nettes, éblouissements et tintements dans les oreilles, l'ovale inférieur du visage est jaune. Lèvres et narines sèches, dents humides, langue rouge à sa pointe et blanche grisâtre au milieu. *Salive un peu acide*, soif, inappétence, bouche mauvaise, haleine fétide et aigrelette, ventre tendu avec des taches nombreuses sur la poitrine et la partie supérieure du ventre, qui offre de la tympanisation avec gargouillement dans les deux flancs. Deux selles liquides. Chaleur assez forte avec un peu de sécheresse; pouls redoublé, souple 84-88; bonne résonnance de la poitrine. La respiration est normale, excepté dans le tiers inférieur gauche, où il y a du râle sous-crépitant (prescrip.: saignée du matin, 4 pal.; saignée du soir, 3 pal.; vent. scarrifiées, 3 pal.; sirop de gomme, cataplasmes chlorurés, lavements amilacés).

Le 5 *id.* Il n'y a pas un mieux sensible, pouls 88 (saignée 3 pal., vent. 3 palettes, *id.*)

Le 6. Il parle plus difficilement, tête lourde, grande faiblesse, pression douloureuse dans la région iléo-cœcale, pouls 92-96 redoublé lèvres sèches, dents humides et langue qui se nettoie, *salive acide* (sirop de gomme, vent. 3 palettes).

Le 7. Le malade dit qu'il est bien. Langue sèche, ventre ballonné, pétachies, gargouillement, pouls 100 redoublé, lèvres croûteuses, faiblesse, céphalalgie, stupeur et délire (saignée 3 pal., 8 sangsues derrière chaque oreille. émoll.).

Le 8. Mieux, d'après le malade. Tête moins lourde, tranquillité, pouls 92-96 redoublé, ballonnement du ventre, lèvres moins croûteuses, langue rosée, *salive acide,* visage meilleur, réponses plus nettes (vésicat. camphré aux deux mollets, lavements avec huile d'amandes douces ℥j).

Le 9. Grande souffrance du ventre et de la tête, agitation, il urine sous lui, pommettes rouges, visage animé, pouls 108 redoublé, chaleur forte, langue, lèvres et dents sèches, *salive acide*, grand ballonnement du ventre, gargouillement à la région iléo-cœcale (vent. 3 palettes sur tout le ventre, émoll.).

Le 11. Grande agitation, selles involontaires, loquacité, vomissements, pouls 116-120, salive acide, haleine pas trop fétide (émoll.).

Il éprouva depuis cette époque jusqu'au 20 du même mois, des symptômes de plus en plus alarmants, mais qui n'offraient rien de bien notable. On a toujours prescrit des émollients, excepté le 17, jour où on prescrivit une décoction de quinquina camphré. Il succomba le 20 à neuf heures du soir.

L'ouverture du cadavre est faite trente-six heures après la mort. On remarque une injection dans la région splénique. Le duodénum et le jéjunum contenaient une matière jaune. Dans la première portion de l'iléum on aperçoit des plaques non ulcérées et ne formant pas de saillie. A la hauteur d'un pied avant la terminaison, on rencontre des ulcérations qui affectent les plaques isolées séparées par un intervalle considérable. Elles deviennent confluentes dans le demi-pied de l'intestin qui se rapproche le plus de la valvule. Plusieurs sont presque cicatrisées. Celles des follicules isolés se présentent sous la forme d'aphtes dont le fond est formé par la membrane séreuse. Dans l'intervalle des ulcérations on rencontre une éruption granuleuse dite psoro-entérite. En général la muqueuse est décolorée, pâle dans toute

l'étendue qu'occupent les ulcérations ramollies. Dans quelques points elle offre une teinte ardoisée vers la valvule où l'altération s'arrête brusquement. Il n'y avait point d'altération de la muqueuse du gros intestin. Tuméfaction médiocre des ganglions mésentériques, qui n'offrent pour la plupart aucune injection notable. La vessie est distendue et contient de l'urine légèrement trouble. Le foie offre une teinte verdâtre à sa partie antérieure. La vésicule est distendue par de la bile peu épaisse et d'un jaune clair. Cœur flasque, pâle, affaissé, caillot fibrineux, décoloré dans le ventricule droit et l'oreillette droite. Poumon gauche adhérent de toutes parts.

J'ai rapporté complétement ces deux observations si curieuses, et offrant un si grand intérêt sous plus d'un rapport. Nous nous abstiendrons de tout commentaire sur ce qui n'a pas trait à la question que nous traitons. On peut dire qu'ici la salive a été un véritable thermomètre, indiquant nettement toutes les phases par lesquelles a passé la maladie. Cette opinion est évidemment prouvée par la première observation. En effet, M. le professeur Bouillaud, dont personne n'osera, j'espère, contester le mérite, ne trouva pas tout d'abord la maladie assez bien caractérisée, et diagnostiqua un embarras gastrique et intestinal. Cependant la salive avait déjà fourni quelques signes; mais bientôt la maladie prit une marche plus violente, se dessina avec tous ses caractères, et la salive devint tout à fait acide. Alors le savant professeur que nous avons cité plus haut, s'empressa de rectifier son diagnostic, et déclara qu'il avait affaire à un entéro-mésentérite; ce que vérifia parfaitement l'autopsie.

J'aurais pu citer ici encore d'autres observations non moins importantes, mais j'aurais dépassé les limites que je m'étais imposées. Cependant je ne puis m'empêcher de citer en passant l'observation d'un homme qui portait depuis deux ans une affection organique de l'estomac; je l'observai pendant quelque temps; il avait des nausées, des vomissements aigres et noirâtres, des disgestions pénibles, et la salive très-acide. ... Il ne tarda pas à succomber, et nous pûmes encore vérifier les lésions que l'on avait soupçonnées.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

1re OBSERVATION.

Le 10 novembre 1836, est entrée une femme de dix-sept ans, domestique, constitution forte, lymphatico-sanguine, à Paris depuis six mois, bonne santé habituelle. Il y a huit jours elle eut des douleurs dans les jambes, avec lassitude générale, céphalalgie et étourdissements; ces quelques symptômes se sont aggravés, la malade eût des coliques quelques jours avant son entrée, puis de la diarrhée qui augmenta par l'administration d'un purgatif, composé d'huile de ricin ℥ ij. Elle a pris quelques bouillons. On lui a prescrit une saignée de 3 palettes. Aujourd'hui la tête est plus dégagée qu'hier, elle n'a pas dormi, le ventre est un peu plus libre, elle a eu six à sept selles avec moins d'épreintes et de coliques, un peu de stupeur, étourdissements, haleine fétide, lèvres et narines sèches, il y a un peu de mal de gorge; langue rouge à la pointe et aux bords, bouche pâteuse, *salive neutre*, ventre assez souple, sans douleur avec léger gargouillement dans la région iléo-cœcale; chaleur de la peau modérée, pouls, 112-116 un peu redoublé; réponses justes, sensations émoussées (saignée, 3 palettes et demie; 30 sangsues à la région iléo-cœcale; émoll. avec aspersions chlorurées; diète).

Le 11, les sangsues ont coulé toute la nuit, ce qui a beaucoup agité la malade, sept à huit selles, céphalalgie moindre, langue moins rouge à la pointe, toujours sèche et blanchâtre. *salive acide*, haleine aigrelette, alliacée, nausées sans vomissement, un peu de douleur par la pression; dans la région iléo-cœcale pouls 112 (saignée, 3 pal., 30 sangsues à l'anus; émoll., diète).

Le 12, céphalalgie moindre, dévoiement toute la nuit; plaintes, agitation, langue blanchâtre, *salive acide*, haleine avec odeur alliacée, pouls, 108-112 (15 sangsues à l'épigastre et à l'anus, *Id.*).

Le 13, mieux, dévoiement diminué, pouls, 116-120; langue moins rouge, *salive acide*, insomnie, agitation, (catapl., laud., *Id.*).

Le 14, tête dégagée, pouls 108, point de gargouillement, langue sèche et rapeuse, *salive fortement acide*, (vent., 2 pal., ventre, *Id.*).

Le 15, mieux, diminution de mal de tête et de dévoiement; pouls 108, langue blanchâtre, *salive acide*, nausées (émoll.).

Le 16, faiblesse, plus de dévoiement, pouls 104, 108, langue sèche et lisse, *salive acide*, pas de gargouillement.

Le 18, un peu de sommeil, pouls 100, *salive moins acide* (une tasse de bouillon.)

Le 20, langue humectée, *salive moins acide*, pouls 85 (deux tasses de bouillon.).

Le 21, *salive plus acide* que la veille.

Les 22, 23, 24, *salive encore acide*, pouls 96 (deux potages, une pomme cuite).

Le 26, six selles dans la journée, pouls 96, *salive acide*, (émoll. aspersions chlorurées, diète).

Le 27, pouls 104, *salive toujours acide*, 10 à 12 selles (pot. laudanisée, diète).

Le 29, pouls 96, langue assez humide et rosée, *salive acide* appétit (une tasse de bouillon, une crême de riz).

Le 30, pouls 108 *salive acide*, bien (deux bouillons, deux potages).

Les 1, 2, décembre, pouls 84, 88, *salive moins acide*, (deux bouillons, une crême de riz, un échaudé avec eau rougie sucrée).

Le 3, 5 à six selles. *La salive ne rougit plus le papier de* tournesol, pouls 84-88 (émoll., biscuit avec eau vineuse sucrée, une pomme cuite).

Le 4, *salive un peu acide*, pouls 96. (*Id.*).

Les 5, 6, 7, 8, salive à peine acide, convalescence tout à fait confirmée (un huitième d'aliments). La malade a continué de reprendre des forces, et est sortie le 18 parfaitement guérie.

IIe OBSERVATION.

Le 7 janvier 1837 est entré un homme âgé de trente trois ans, forgeron, se disant malade depuis huit jours, mais ayant de la diarrhée

depuis deux mois, constitution assez forte, brun; d'abord il a éprouvé un léger mal de tête, il a bu du vin chaud et du cidre, puis le 3 janvier on lui a fait une saignée de 4 palettes, et le 4 on a fait appliquer 20 sangsues à l'anus, et le 5, le mal de tête avait disparu, mais l'appétit ne revint pas. Hier, on a fait une saignée de 3 palettes, il s'est senti soulagé, il a un peu dormi. Le visage offre un peu de stupeur et langue recouverte d'une couche saburrale, blanche, assez épaisse, *salive acide*, soif vive, nausées, pas de pêtechies, ventre peu développé, gargouillement à droite, point de douleur par la pression; il y a du râle muqueux assez abondant à la partie postérieure de la poitrine. Pouls 96-100; chaleur modérée, céphalalgie, tournoiements lorsqu'il veut se lever (saignée, 3 pal., vent., 3 pal.; boissons chlorurées; aspersions, diète *Id.*).

Le 8, il va bien. (Vent. scarrifiées, 3 pal.)

Le 9, il n'a pas dormi; pouls 84, à peine redoublé, langue blanche assez humide, *salive acide*, pêtechies en petit nombre sur le ventre qui est souple et sans gargouillement (émol., chlor., diète).

Le 10, mieux, sommeil, langue blanchâtre, *salive moins acide*, épistaxis, point de nausées ni vomissements, pouls 80, non redoublé (émoll. chlorurés, diète).

Le 11, un peu de céphalalgie, langue blanche, soif moins vive, *salive à peine acide*, ventre souple, convalescence commençante, (une tasse de bouillon).

Le 13, mieux, sommeil, pouls 80-84; langue blanche, *salive non acide;* appétit, encore un peu de gargouillement dans le flanc droit (émoll. chlorurés, deux bouillons).

Le 14, langue moins blanche, pouls 68 redoublé, *salive légèrement acide* (deux tasses de bouil., potage clair, une pomme cuite).

Les 15, 16, mieux, pouls 64-68; (un huitième, cotelette, une demi-tasse de vin.)

Le malade continua de bien aller, on augmenta graduellement ses aliments, et il sortit parfaitement guéri le 3 février. Il eut une heureuse convalescence.

IIIe OBSERVATION.

Le 13 décembre 1836, est entré un homme âgé de 21 ans, étudiant en médecine, arrivé à Paris depuis un mois, habituellement bien portant. Il est maigre. En arrivant dans la capitale, il a d'abord éprouvé quelques dégoûts. Il est malade depuis huit jours. Il a eu de la lassitude, de la céphalalgie avec bourdonnements et légère diarrhée. Il a bu de la limonade, et a pris quelques consommés. Enfin, il s'est décidé à se faire transporter à l'hôpital. Il se sent beaucoup de faiblesse, la langue est souple, saburrale, *salive un peu acide*, pas de nausées; ventre souple, affaissé, point de gargouillement, chaleur modérée, pouls 64 (émoll., catapl., lav. amilacé, diète).

Le 14, mieux (Même prescription).

Les 15, 16, 17, il n'arrive rien de notable, cependant la maladie ne marche pas vers l'amélioration (Même prescription).

Les 18, 19, les symptômes se sont un peu aggravés. Dévoiement assez abondant, langue humide, soif ordinaire, taches rosées à la région épigastrique, léger gargouillement, céphalalgie (Application de vent., diète).

Le 20, le ventre n'est plus douloureux, léger gargouillement dans la région iléo-cœcale, pouls *bis feriens*, 80, 84. Langue un peu rouge à sa pointe, blanche au milieu, inappétence, haleine fade, *salive donnant une teinte un peu lilas* (Émoll., diète).

Le 21, mieux; ventre non douloureux, sommeil; langue rosée, humide à la circonférence, et sale au milieu; *salive assez acide*, ventre affaissé, plus de gargouillement, pouls 80 (Émoll., diète).

Le 22, bien; *salive moins acide*, ventre souple avec gargouillement vers la région iléo-cœcale, pouls 80-84 redoublé (Émoll., diète).

Le 23, il va tout doucement; plus de dévoiement, langue assez belle, un peu blanche au milieu, *salive donnant une teinte lilas*, pouls 72 (Émoll., une tasse de bouillon de poulet).

Le 24, bon visage, convalescence, *salive neutre* (Deux tasses de bouillon de poulet). Sa convalescence n'a été entravée par aucun phénomène fâcheux; on augmenta graduellement ses aliments, et il demanda à sortir le 2 janvier 1837.

Je m abstiendrai de multiplier ici des observations qui ont entre elles plus ou moins de ressemblance; il ne faut pas croire que ce sont les faits qui manquent, au contraire, ils sont assez nombreux, et parmi ceux que j'ai recueillis, j'ai fait choix de ceux qui m'ont paru les plus propres à venir confirmer les recherches antérieures; mais le caractère fourni par la salive est-il toujours aussi évident? Je ne pense pas que toujours l'altération de ce fluide soit aussi complète; je sais qu'il y a, et qu'on pourra me citer des objections à la règle que j'ai tâché d'appuyer, mais je crois que quoique l'altération ne soit pas aussi manifeste, elle n'en existe pas moins; en effet, tous les cas que j'ai pu observer où la salive n'était pas acide, elle était au moins neutre. J'ai plus d'une fois expérimenté sur des malades sur lesquels on remarquait d'abord au commencement de leur affection, une diminution dans l'alcalescence de leur salive, qui bientôt passait à l'état neutre, puis à l'état acide, et semblait suivre toutes les périodes de la maladie.

On a fait une objection à laquelle nous pouvons répondre avec certitude. La salive, dans certaines maladies, est acide. a-t-on dit, mais cette acidité ne dépend-elle pas des tisanes composées de citron, et de groseilles, qui peuvent être administrées aux malades. C'est avec des faits que nous combattrons cette observation. Nous avons vu dans le service de M. le professeur Bouillaud, à la Charité, des cas où la salive était acide, et pourtant l'on ne prescrivait que des tisanes sans suc acide. Déjà cette réponse pourrait suffire, mais nous avons tenté quelques expériences pour apprécier la valeur de cette considération. Pendant un mois entier j'arrosai mes aliments d'une assez grande quantité de vinaigre, et pourtant ma salive avait toujours conservé le même degré d'alcalescence. Nous pouvons donc rationnellement conclure, que l'acidité de la salive, dans les maladies

du tube digestif, ne dépend nullement des tisanes que pourraient prendre les malades, mais de l'influence toute particulière du tube digestif sur la sécrétion salivaire.

Il ne me reste plus qu'à soumettre à un examen non moins attentif une autre objection, qui au premier abord peut paraître plus sérieuse, mais qui dans le fond ne l'est nullement: C'est M. Piorry qui en est l'auteur. Il prétend que l'acidité de la salive dépend des enduits qui recouvrent la langue, et cela, dit-il, ne démontrerait pas qu'il y eût une relation directe entre la phlegmasie gastrique et les caractères de la salive. Dans une autre partie de son ouvrage, il dit que les enduits noirs que l'on observe sur la langue, les dents et les lèvres, doivent être attribués à la dessiccation de la salive. D'abord nous dirons que nous n'avons jamais observé un état acide de la salive, dans d'autres phlegmasies que celles du tube digestif, si ce n'est dans quelques cas particuliers que nous mentionnerons plus tard; or, si les enduits dépendent de la dessiccation de la salive, ils doivent présenter des caractères semblables à ce fluide, partant être acides quand la salive sera acide, et alcalins quand la salive sera alcalescente. Pour prouver d'une manière irréfragable que les raisons de M. Piorry ont peu de probabilité, j'ai recueilli plusieurs observations d'*embarras gastrique*, dans lesquels la langue était recouverte par des enduits très-épais, et pourtant la salive offrit tous les caractères de l'état alcalescent.

On trouve quelquefois la salive assez fortement acide, sans symptômes évidents du côté du tube digestif. C'est ce que j'ai rencontré plusieurs fois pendant la grossesse et les convalescences des varioles confluentes. Je ne veux seulement constater ce fait qu'en passant, ne pas m'y arrêter, ne pas encore le regarder comme vraiment démontré, car je n'ai pas recueilli assez d'observations.

Je ne parlerai pas de l'influence de la salive acide sur l'économie, quoique le sujet soit d'une grande importance; cependant, je terminerai cette dissertation en narrant brièvement un fait qui se rattachait à ce chapitre. J'ai vu à la Pitié, il y a un mois environ, un homme qui depuis deux ans fut fatigué, d'abord par des nausées, de la chaleur à

l'épigastre, des digestions difficiles, puis par des aigreurs, enfin par des vomissements comme noirâtres. *La salive était d'abord fortement acide*, quoique le médecin eût prescrit de l'eau magnésienne; au bout de quinze jours, *la salive devint moins acide*, les nausées et les aigreurs, moins fréquentes; enfin, au bout d'un mois, le malade eut de l'appétit, *sa salive redevint alcaline*, et il sortit se croyant tout à fait guéri. M. Donné a rapporté un fait à peu près semblable, qui lui avait été communiqué par M. le professeur Andral. On devine facilement que dans les deux cas, on avait soupçonné une affection organique de l'estomac. Je livre sans réflexion ce fait important à la méditation des praticiens.

Nous terminerons ici, en engageant tous les médecins à examiner avec la plus scrupuleuse attention, l'état soit normal, soit pathologique, des fluides de l'économie. Des auteurs très-distingués ont déjà reconnu toute l'utilité de pareilles recherches, déjà l'expérimentation, qui prend chaque jour un nouvel essor, a reculé les limites de la science, et peut-être un avenir peu éloigné jouira de tous les avantages de ces précieuses découvertes. Pour nous, tout notre désir est la réalisation du progrès, aussi notre devise peut-elle se résumer en deux mots: *Fiat lux.*

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Énumérer et décrire les parties constituantes de l'organe sexuel femelle, et indiquer sommairement leurs usages?

Je commencerai d'abord par la sphère externe; arrivant ensuite à la spère interne, je m'appesantirai plus longuement sur les organes génitaux de la femme; puis j'indiquerai sommairement les différences qui existent dans les mammifères.

Sphère externe. — Elle est composée du vagin, du corps clitoridien, et de la vulve, etc.

Vagin. — On l'a divisé en interne et externe; c'est l'organe principal de la copulation; il ne prend les dehors d'un appareil particulier que chez les mammifères. Le vagin de la femme diffère de celui des animaux en ce qu'il ne suit pas la même direction que la matrice, mais s'écarte de cette direction en avant, et forme ainsi, avec l'organe utérin, un angle qui contribue à l'en séparer davantage; en outre, le vagin de la femme est situé au-devant de l'anus, tandis que celui des mammifères est au-dessous de cet intestin, tandis que chez les oiseaux et les poissons, les oviductes sont placés au-dessus.

§ Ier. *Vagin interne.* — Sous la forme la plus simple, ce rétrécissement est un anneau (chiens, chats, etc.); quelquefois il est en forme de

bourrelet (ours brun, hyène). Il consiste en un repli valvulaire de la membrane muqueuse chez les solipèdes (biche, vache, etc.). Chez la femme, il a reçu le nom de membrane hymen.

§ II. *Vagin externe; vestibule.* — La membrane qui tapisse le vestibule est plus molle, plus délicate, plus riche en vaisseaux. On voit le clitoris, organe principal d'excitation ou de volupté, très-développé chez les femmes lascives. Moins un animal est élevé en organisation, plus son clitoris ressemble à la verge. Les nymphes ou petites lèvres, qui sont en quelque sorte, la corolle des animaux, n'existent que chez un petit nombre de mammifères. La partie supérieure des nymphes naît en arrière, des deux côtés de l'orifice de l'urètre, et s'étend au-devant jusqu'au clitoris. Le demi-anneau externe peut être regardé comme le calice des organes génitaux femelles des animaux. Son centre forme le mont de Vénus, éminence particulière à l'espèce humaine et ombragée de poils : de cette éminence descendent les grandes lèvres qui forment la vulve. Chez la plupart des mammifères, elle a la forme d'une fente longitudinale, dirigée perpendiculairement en arrière; de sorte que le clitoris, qui en marque l'extrémité inférieure, se trouve en bas, tandis que chez la femme il est en haut et en devant. On remarque encore le méat urinaire, ou orifice externe du canal de l'urètre, éloigné d'un pouce environ du clitoris. Entre le vagin et la fourchette, existe une dépression appelée *fosse naviculaire.* Enfin, la commissure postérieure des grandes lèvres, constitue la fourchette qui sépare la vulve du périnée.

Sphère interne. — On y trouve 1° les ovaires, 2° les trompes, 3° l'utérus et les ligaments.

1° *Des ovaires.* — Ce sont deux corps ovoïdes, situés dans l'aileron postérieur du ligament large et derrière la trompe de Fallope : ils constituent le réceptacle des œufs humains. Les ovaires sont maintenus en position par un prolongement de tissu utérin; ils reçoivent

à leur partie externe une portion de la trompe de Fallope. Dans le parenchyme apparaissent de petites vésicules, variables par le nombre et le volume, et fort souvent on en compte de dix à quinze.

2° *Des trompes.* — Ce sont deux conduits flottants dans la cavité abdominale, fixés aux angles supérieurs de l'utérus par une extrémité libre, et offrant une disposition particulière à l'extrémité opposée à leur partie externe : elles offrent un *pavillon frangé*, destiné à recevoir l'œuf qui descend dans la cavité de cette trompe, et à être conduit dans l'intérieur de la matrice. Le canal intérieur des trompes est d'abord fort étroit et se dilate à mesure qu'il se rapproche des ovaires. C'est dans ce seul point, dans la race humaine, que les séreuses communiquent avec les muqueuses.

3° *Utérus* ou *matrice.* — La matrice est l'organe de la gestation chez la femme; on l'a comparée à une calebasse ou à un cône situé dans la cavité du bassin. L'utérus est piriforme : dans son état de vacuité il a trois pouces de longueur, et quelques lignes dans sa partie la plus large, et huit à neuf lignes dans la plus grande épaisseur de ses parois.

Plan externe. — Il présente deux faces; l'une antérieure, légèrement convexe, en rapport avec la vessie; l'autre plus bombée, en rapport avec le rectum. Il y a trois bords; le supérieur est recouvert par l'intestin grêle, les deux autres, latéraux, logés dans l'épaisseur des ligaments larges. Au-dessus et au-devant de l'insertion des trompes, se trouve l'origine du ligament rond; au-dessous et en arrière le ligament de l'ovaire. L'espace compris entre l'insertion des deux trompes porte le nom de *fonds.* Le col a la forme d'un cône et plonge dans la cavité du vagin; il est percé à son sommet d'une ouverture ovale, dont le grand diamètre est transversal; c'est l'orifice externe du col. De cette division résultent deux lèvres arrondies en bourrelet; l'une antérieure, un peu plus longue; l'autre, postérieure, un peu plus

mince : toutes deux lisses chez les vierges, rugueuses au contraire après la parturition. La cavité du corps est inscrite dans un espace triangulaire, dont les angles supérieurs se continuent avec les orifices très-fins des trompes. L'angle inférieur se termine à l'orifice inférieur du col. La matrice est maintenue en position par des replis du péritoine appelés *ligaments*, et par les ligaments ronds, prolongements de son tissu. Ceux-ci sont au nombre de deux, et partent des angles de cet organe, se dirigeant l'un à droite, l'autre à gauche, et vont s'épanouir dans le tissu cellulaire du mont de Vénus, et jusque dans les grandes lèvres.

Mammifères. — Ovaires. — Ils ont une grande ressemblance avec ceux de la femme. Dans les pachydermes, l'ovaire représente assez bien la forme d'une grappe, composée de vésicules jaunes fécondées et d'autres vésicules transparentes.

Utérus. — Variable pour la forme, le volume et le nombre. La matrice des singes est semblable à celle de la femme. Tout animal carnassier, ruminant, pachyderme, cétacé, possède une matrice double; chaque branche de la bifurcation porte le nom de *cornes de l'utérus ;* il y a même des utérus à quadruple cavité.

Trompes. — Elles sont constantes dans les mammifères et se terminent par un pavillon très-évasé, à la manière d'un infundibulum.

Je sais bien que, pour répondre parfaitement à la question, il fallait entrer dans des détails beaucoup plus circonstanciés. On comprendra facilement combien ce travail serait long et difficile; j'ai préféré m'arrêter ici, m'empressant d'avouer combien mon sujet sera défectueux, en traitant d'une manière aussi restreinte une question qui réclamait plus de développements.

II.

La peau est-elle un organe, ou une série d'organes, un véritable appareil?

Après avoir sommairement exposé l'anatomie des parties constituantes de la peau, j'analyserai avec plus de détail les fonctions si nombreuses de cette membrane.

La peau est une membrane qui se moule sur les organes subjacents, qui, par conséquent, enveloppe, protége le corps, et qui remplit plusieurs autres fonctions dont nous parlerons plus tard. Elle se confond avec les membranes muqueuses à l'entrée de toutes les cavités. — La peau est principalement formée par le derme, couche fibreuse, qui en est, pour ainsi dire, le canevas, la charpente, et qui est d'épaisseur différente suivant les parties qu'elle recouvre. Le côté externe du chorion est recouvert par l'épiderme, qui doit être considéré comme une couche de vernis répandue à la surface du corps. Cette couche est comme criblée, et livre passage aux poils, aux matières de la transpiration, etc., etc. Il est tout à fait privé des propriétés de la vie, et par conséquent n'est nullement sujet à la putréfaction. Entre le derme et l'épiderme existe une couche *sui generis*, qui porte le nom de *corps muqueux de Malpighi.* Je m'abstiendrai de rapporter ici toutes les savantes discussions qui ont eu lieu à ce sujet. Les uns ont admis trois couches (MM. Gaultier, Dutrochet et Andral); les autres en ont admis quatre (Flourens). C'est une question sur laquelle les avis des plus habiles anatomistes sont encore partagés, et c'est à l'avenir qu'est réservé le précieux avantage de ces découvertes positives.

Les fonctions de la peau sont l'absorption, les sécrétions; enfin la peau est encore un organe de sensations.

Absorption. — La peau, à raison de l'épiderme sec et peu perméable qui la recouvre, est moins bien disposée que la membrane muqueuse

pour l'absorption; aussi, lorsqu'elle est munie de son épiderme dans l'état d'intégrité, l'absorption est encore un sujet de doute et de discussion. On connaît les expériences de Seguin, Rousseau et Magendie, etc, qui tendent à faire rejeter l'absorption cutanée. Ces auteurs prétendent qu'il résulte des faits qu'ils ont soumis à l'observation la plus rigoureuse, que les substances les plus irritantes et les plus disposées à se combiner avec l'épiderme sont en partie absorbées, tandis que les autres ne le sont nullement. De là, ajoutent-ils, la non-réussite de la vaccine si le virus vaccin n'est pas introduit sous l'épiderme; de là la non-inoculation du virus vénérien, s'il n'a pas pénétré aussi au-dessous de la couche épidermique. Haller, Bichat, M. Young, ont donné des expériences contraires. Il y a peu de faits néanmoins qui viennent appuyer l'opinion de ces derniers auteurs si recommandables, quoique quelquefois quelques substances peuvent fort bien, à l'aide de friction, s'insinuer à travers l'épiderme, ou par les ouvertures par lesquelles sortent les poils ou la transpiration insensible. En résumé, cette membrane est très-souvent un obstacle très-efficace à l'action absorbante du tégument externe. M. Breschet pense que cette fonction ne peut s'exécuter que par une sorte d'imbibition.

Sécrétions. — Il y en a de deux sortes, qui sont : la perspiration cutanée et la sécrétion folliculaire sébacée. — La perspiration cutanée a reçu le nom de *transpiration insensible,* lorsqu'elle est imperceptible à la vue, tandis que lorsqu'elle coule à la surface de la peau, elle a reçu le nom de *sueur.* Du reste, elle est essentiellement la même dans ces deux cas. Dans ces derniers temps, M. le professeur Breschet a établi qu'il existe un appareil de sécrétion de la sueur, composé d'un parenchyme glanduleux sécrétant ce liquide, et de canaux qui le versent au dehors. Ces canaux excréteurs sont disposés en spirale, et viennent s'ouvrir très-obliquement sous l'épiderme. On a cherché à établir la quantité de cette matière sécrétée. On connaît les célèbres expériences de Sanctorius, qui examina cette question avec une persévérance vraiment remarquable; et pourtant, malgré un zèle aussi louable, il n'ar-

riva qu'à des résultats peu précis. Lavoisier et Seguin tentèrent quelques expériences avec plus de succès. Voici leurs principaux résultats : 1° la quantité la plus considérable de transpiration insensible est de 32 gr. par minute ; 2° la perte la moins considérable est de 11 gr. par minute ; 3° le terme moyen de la transpiration insensible est de 18 gr. par minute : 11 dépendent de la transpiration cutanée, et 7, de la transpiration pulmonaire. La sueur est considérée par Berzélius comme de l'eau tenant en dissolution des hydrochlorates de potasse et de soude, de l'acide lactique, du lactate de soude et un peu de matière animale. Sensible ou insensible, c'est une des excrétions les plus importantes de l'organisme, en outre, elle est un puissant moyen de refroidissement et de résistance contre une température trop élevée ; elle varie du reste suivant l'âge et une foule de circonstances, etc.

La peau sécrète de plus une matière huileuse que Cruiskhank est parvenu à recueillir sous forme de gouttelettes noirâtres.

A la surface de la membrane tégumentaire on remarque de petites ouvertures, qui sont les orifices des *follicules de la peau,* qui sécrètent une matière sébacée, épaisse, non glutineuse, et qui se répand continuellement à la surface de la peau. Cette matière acquiert quelquefois de la consistance, noircit lorsqu'elle est en contact avec l'air, et produit des taches nombreuses sur la figure de certaines personnes. Si on la comprime, on la fait sortir sous forme de petits vers. Cette matière ne fond pas au feu, et brûle en laissant beaucoup de charbon. La sécrétion folliculaire entretient la souplesse et l'élasticité de la peau, rend sa surface lisse et polie, et la garantit surtout de l'action de l'eau.

Les diverses couches cornées épidermiques, selon M. Breschet, constituent un appareil particulier, composé d'un organe de sécrétion et d'un produit disposé en fibres d'abord perpendiculaires au derme, lesquelles deviennent ensuite horizontales. Ces fibres résultent d'une superposition de petites écailles ; et l'épiderme proprement dit n'est que la partie de ces tiges les plus éloignées du derme. Indépendamment de tous ces appareils de sécrétion, il existe, selon le même sa-

vant, vers la face externe du derme, un petit appareil pour la sécrétion de la matière colorante.

La peau est encore l'organe du tact général et du toucher en même temps; on sait que le toucher est d'autant plus délicat que les pupilles sont plus développées et moins couvertes. On peut dire, en général, que l'une des fonctions de la peau n'est développée qu'aux dépens des autres; aussi plus le corps muqueux et l'épiderme sont épais et protecteurs, plus le tact est émoussé.

Après toutes ces considérations, il est facile de deviner notre réponse à la question proposée. Aussi dirai-je que la peau est un véritable appareil.

III.

Quelles sont les sources des hémorrhagies dans les plaies de la langue? quels en sont les symptômes et le traitement?

Les hémorrhagies de la langue ont différentes origines : en effet, tantôt elles sont produites par la division plus ou moins complète, soit des vaisseaux artériels, soit des vaisseaux veineux. La cause la plus ordinaire de ces hémorrhagies est certainement produite par la section du filet; cependant on trouve dans les auteurs des observations assez nombreuses qui prouvent que les hémorrhagies de la langue peuvent avoir pour point de départ toutes les lésions traumatiques. Ainsi on lit, dans le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, l'histoire d'un domestique qui s'amusait à tricoter devant la maison de son maître; il tenait dans la bouche une aiguille qu'une personne lui enfonça profondément dans cette cavité : une hémorrhagie survint. Nous rappellerons plus tard les principales circonstances qui suivirent, et la supériorité de la méthode employée par un chirurgien des plus distingués de cette époque. Les vaisseaux artériels qui se rendent à la langue sont: 1° l'artère linguale, qui est très-volumineuse, eu égard au volume de

l'organe auquel elle est destinée : elle se porte, en serpentant d'arrière en avant, dans l'épaisseur de la langue, où elle se termine en s'anastomosant avec celle du côté opposé, et prend là le nom de *ranine*. L'artère sub-linguale vient le plus souvent de l'artère linguale, et d'autres fois de la faciale; elle accompagne le canal de Warton, s'anastomose par arcade avec celui du côté opposé, et fournit l'artère du filet. Aussi M. le professeur Cruveilhier prétend-il que c'est l'artère du filet provenant de la sub-linguale, et non de l'artère ranine, qu'on peut blesser dans la section du filet. Les veines sont de deux ordres : les unes superficielles, les autres profondes et suivant la direction des artères.

Les hémorrhagies de la langue survenant chez un adulte seront faciles à reconnaître, parce qu'il indiquera lui-même la cause de sa maladie. Quand on a fait, au contraire, la section du filet à des nouveau-nés, il faut les surveiller avec la plus scrupuleuse attention, car sans cela on pourrait fort bien compromettre la vie d'un enfant qui était cher à beaucoup de personnes. Je vais ici rapporter les principaux détails d'une observation qui a trait à cette question, et que M. Sanson a consignée dans sa thèse sur les hémorrhagies. — Un fameux chirurgien de Paris coupa le filet à un enfant qui avait été attendu avec la plus vive impatience, et reçu avec joie comme un riche héritier. Mais la joie fut de courte durée, car le chirurgien, ne croyant pas avoir ouvert une veine en lui coupant le filet, s'en alla aussitôt qu'il l'eût vu têter avec facilité. La nourrice remit l'enfant dans son berceau; il continua de mouvoir ses lèvres, comme s'il têtait encore, ce à quoi on ne fit pas attention, vu qu'il y a quantité d'enfants qui font ce mouvement par habitude en dormant. C'était néanmoins le sang qui sortait de la veine, et qu'il avalait à mesure qu'il le sentait dans sa bouche. La sortie de ce sang étant activée par la succion qu'il fit, on ne reconnut l'accident que fort tard, par la pâleur et la faiblesse de l'enfant, qui mourut quelques heures après. On l'ouvrit, et on trouva qu'il avait avalé tout son sang, dont l'estomac était rempli. J. L. Petit cite plusieurs observations qui ont quelque analogie avec celle que nous venons d'exposer ici.

Traitement. — Nous avons, plus haut, cité l'histoire de ce domestique qui avait eu une hémorrhagie de la langue. On prescrivit d'abord, d'après les avis donnés par un chirurgien, des astringents qui ne suffirent pas; on eut ensuite recours à la compression, qui n'eut pas plus d'effet. (Pourtant J. L. Petit rapporte plusieurs cas où il arrêta, à l'aide de ce moyen, des hémorrhagies produites par la section du filet.) L'hémorrhagie durait depuis vingt-quatre heures, et le malade était dans un tel état d'épuisement, qu'il y avait à craindre pour ses jours. Brasdor fut appelé : il s'assura de l'endroit d'où venait l'hémorrhagie, abstergea le sang, fit rougir un stylet boutonné, et le porta directement sur l'endroit d'où sortait le sang; il se forma une escharre; l'hémorrhagie fut arrêtée, et ne reparut plus. Mais si l'hémorrhagie était peu considérable, on aurait seulement recours à la glace et aux liqueurs astringentes. Si ces moyens n'étaient pas suffisants, on pourrait employer la compression, mais l'application d'un bandage sur la langue étant fort difficile, on montre au malade à exercer lui-même la compression sur les deux faces de la langue avec le pouce et l'indicateur. M. Sanson a publié un cas où un malade, chez lequel un médecin avait essayé sans succès d'arrêter l'hémorrhagie, d'après le conseil d'un de ses amis, enveloppa sa langue dans une serviette, la comprima entre ses doigts, et l'hémorrhagie s'arrêta. Maintenant, si les artères lésées étaient retirées dans les interstices musculaires profonds, il suffit, pour les mettre en évidence, de porter l'indicateur et le médius de la main gauche dans la bouche, et de pousser cette partie fort en avant: alors elle s'ouvre, et le fond de ses anfractuosités musculaires devient apparent. Si la compression ne pouvait suspendre l'hémorrhagie, on aurait recours au cautère actuel, qui produirait à l'instant même l'effet qu'on désire, comme on l'a vu dans l'observation que Brasdor a recueillie, et que nous avons citée plus haut. Il y a des auteurs qui, pour des lésions profondes de la langue avec effusion de sang, ont eu recours à la ligature de la carotide commune; l'hémorrhagie s'est suspendue immédiatement.

En résumé, la méthode la plus avantageuse et la plus facile, est certainement l'emploi du cautère actuel. Aussi, dans des cas qui auraient une apparence de gravité, je ne conseillerai nullement la compression, mais j'emploierai immédiatement le moyen auquel la plupart des auteurs ont reconnu une supériorité qui ne peut plus être contestée aujourd'hui.

IV.

La grossesse considérée dans ses rapports avec la folie.

Si l'on parcourt les traités de médecine légale, même les plus récents, on ne trouvera pas beaucoup de détails sur cette question. Pourtant tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'influence plus ou moins directe que la grossesse exerce sur les facultés intellectuelles. Autant, dit Goubelly, les sens internes ont perdu pendant la grossesse, autant les sens externes gagnent. En effet, dit-il, le cerveau, où s'opèrent les actes de l'intellect et de la volonté, est dans un état de stupeur pendant la grossesse. Il cite l'histoire d'une dame qui n'avait le jugement sain que pendant la gestation, et perdait la mémoire. Après ses couches, elle recouvrait cette dernière faculté au détriment du jugement. A cette époque, l'on observe encore chez les femmes non-seulement une faiblesse marquée dans les sens de la volonté, mais encore une altération plus ou moins considérable. En effet, la femme enceinte n'a plus cette vigilance à écarter d'elle ce qui peut lui nuire, ni même le courage de se procurer les choses nécessaires. Chez la plupart des femmes, la grossesse produit une indifférence presque absolue, qui dégénère quelquefois en haine, en répugnance, etc. : elle n'aime personne, son mari et ses enfants ne lui sont plus chers, elle ne s'aime pas elle-même. Elle se porte quelquefois à des excès alarmants, autant

à son égard qu'à celui des personnes qui l'environnent. On peut dire en général, que la sensibilité nerveuse est exaltée : de là les prédispositions aux maladies nerveuses. Aussi les causes morales doivent-elles avoir une influence plus marquée, pendant la grossesse, sur le développement de la folie. Les auteurs en rapportent plusieurs exemples. Goubelly cite l'observation curieuse d'une femme qui, sachant que son mari avait éprouvé un revers de fortune, ne tarda pas à devenir folle; mais la prospérité étant revenue, on vit arriver avec elle une complète guérison de la maladie. On a vu, pendant la grossesse, des femmes qu'on citait avant pour la douceur de leur caractère, devenir acariâtres, et être tourmentées par des penchants criminels et sanguinaires. Langius rapporte un exemple abominable de la cruauté d'une femme grosse qui désirait manger de la chair de son mari : elle l'assassina pour satisfaire son féroce appétit; elle en avait salé une grande partie pour rendre son plaisir plus durable. Rassasiée de ce ragoût barbare, elle avoua son crime aux amis de son mari, qui cherchaient en vain le lieu de sa retraite. C'est encore aux mêmes écarts de l'intelligence qu'il faut rapporter l'observation épouvantable d'une femme de Mons, mère de cinq enfants, et enceinte de cinq mois : elle précipita trois de ses enfants dans un puits, et finit par s'y jeter elle-même; les deux autres ont été sauvés : l'un était en pension, et l'autre en nourrice. Elle avait mandé ce dernier, on ne lui obéit pas; à l'autre elle avait envoyé un gâteau empoisonné, qu'heureusement il ne goûta pas. Parmi les excès auxquels le trouble de l'imagination peut entraîner une femme enceinte, il n'en est pas de plus fréquent que le penchant au vol. On voit que l'influence de la grossesse sur l'intelligence est incontestable, et ne peut être niée par personne; mais cette influence a des limites : aussi, quand on veut généraliser, la question devient délicate; car, si l'on reconnaît ce fait comme tout à fait prouvé, il faut avoir de la réserve, d'autant plus que ces cas heureusement sont encore assez rares dans les annales de la science.

Le médecin consulté dans une pareille occurrence. ne peut donner

qu'un avis général, et faire connaître l'influence du physique sur le moral, à moins qu'il n'existe des circonstances individuelles propres à établir la réalité d'une lésion de l'imagination. Les magistrats, après avoir pesé tous les faits qui regardent l'accusée, jugeront si c'est sa position particulière qui a pu être la cause du délit, ou si ce n'est pas plutôt un motif intéressé qui a pu la porter à commettre une action plus ou moins répréhensible.

PROPOSITIONS.

I.

En général, dans la plupart des maladies aiguës, le traitement par les saignées coup sur coup a un avantage marqué sur tous les autres moyens de la thérapeutique.

II.

Les sudamina se rencontrent dans d'autres maladies que l'entéro-mésentérite typhoïde.

III.

Dans l'état actuel de la science, on ne connaît pas encore de signe pathognomonique, à l'aide duquel on puisse reconnaître la néphrite granuleuse.

IV.

Des affections éruptives survenant chez une femme enceinte sont des maladies graves : le plus souvent il y a avortement, et même mort. Les cas de guérison ne sont qu'exceptionnels.

V.

Le meilleur prophylactique contre la salivation mercurielle, consiste en des frictions de chlorure de chaux pulvérulent sur les gencives.



